

# SOLICITUD PARA EL ENTRENAMIENTO — TIEMPO COMPLETO

Entrenamiento de Tiempo Completo en México—202\_\_

|                    |   |   |  |       |
|--------------------|---|---|--|-------|
| Nombre y apellido: |   | Género: <input type="checkbox"/> Hno. <input type="checkbox"/> Hna.   | Localidad que envía:   |       |
| Dirección:         |   | Teléfono:   | Fecha de nacimiento:   | Edad: |
| Ciudad:            |   | Teléfono trabajo:   | ¿Piensa traer un automóvil?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asientos: |       |
| Estado:            |   | Celular:  |  |       |
| Código postal:     |   | e-Mail:   |  |       |
| Nacionalidad:      |   | Idiomas: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Otro: |  |       |
| Educación:         | Colegio / Universidad                       | Especialidad—Años de estudio  | Título o Grado   |       |
|                    |   |   |  |       |
| Ocupación:         | Si sirve de tiempo completo, cuándo comenzó |   |  |       |

|   |                    |                                  |  |
|---|--------------------|----------------------------------|--|
| Fecha de salvación:   | Fecha de bautismo: | Fecha en que llegó a la Iglesia: |  |
| Localidad donde contactó la iglesia por primera vez:          |                    |                                  |  |
| Áreas de servicio en la iglesia en las que ha participado:    |                    |                                  |  |
| Entrenamientos previos en Taipei, Irving, Anaheim u otro ETC: |                    |                                  |  |

|                      |                                  |  |                                       |   |
|----------------------|----------------------------------|--|---------------------------------------|---|
| Estado civil:        | <input type="checkbox"/> Soltero | <input type="checkbox"/> Casado  | <input type="checkbox"/> Comprometido | <input type="checkbox"/> Divorciado / Separado          |
| Nombre del cónyuge:  |                                  | Ocupación del cónyuge:   |                                       | Edad del cónyuge:                                       |
| Fecha de matrimonio: |                                  | Actitud del cónyuge respecto a ser de tiempo completo:<br><input type="checkbox"/> Acuerdo <input type="checkbox"/> Desacuerdo <input type="checkbox"/> También desea ser de tiempo completo |                                       |   |
| Dependientes         | Nombre                           | Relación   | Edad                                  | ¿Son salvos?  |
| 1.                   |                                  |  |                                       | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 2.                   |                                  |  |                                       | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 3.                   |                                  |  |                                       | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 4.                   |                                  |  |                                       | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 5.                   |                                  |  |                                       | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

|  |                                |                                     |   |                                |
|--|--------------------------------|-------------------------------------|---|--------------------------------|
| Será sostenido económicamente por:                 | <input type="checkbox"/> Usted | <input type="checkbox"/> La iglesia | <input type="checkbox"/> Familia / Amigos | <input type="checkbox"/> Otro: |
| Alguna otra información sobre el apoyo financiero: |                                |                                     |   |                                |
|  |                                |                                     |   |                                |

**Firma del solicitante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

*Después de haber leído la carta de instrucciones enviada a sus ancianos, por favor, entréguele a sus ancianos esta solicitud para las recomendaciones, las firmas y el envío. **Por favor, asegúrese de completar y adjuntar el Cuestionario Médico.***

**Incluir una fotografía  
tamaño 2" x 2"  
(5 cm. x 5 cm.)**

*No escriba en esta caja (Para uso de la oficina del ETCMx)*

|   |        |
|---|--------|
| Aprobado por:   | Fecha: |
| <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> C/TC |        |